

LA PÉRIOSTITE ALBUMINEUSE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le Mercredi 14 janvier 1903

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Albert RONDOT

Ancien externe des hôpitaux de Lyon

Né à Saint-Hippolyte (Doubs), le 30 mai 1878



LYON

A. STORCK & C^{ie}, IMPRIMEURS-ÉDITEURS

8, Rue de la Méditerranée, 8

—
1903

LA PÉRIOSTITE ALBUMINEUSE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le Mercredi 14 janvier 1903

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Albert RONDOT

Ancien externe des hôpitaux de Lyon

Né à Saint-Hippolyte (Doubs), le 30 mai 1878



LYON

A. STORCK & C^{ie}, IMPRIMEURS-ÉDITEURS

8, Rue de la Méditerranée, 8

—
1903

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET	DOYEN
LACASSAGNE	ASSESEUR
CROLAS	QUESTEUR

Professeurs honoraires

MM. PAULET, CHAUVEAU.

Professeurs

	MM.
Cliniques médicales	{ LÉPINE. BONDET. BARD. PONCET.
Cliniques chirurgicales	{ JABOULAY. FOCHIER.
Clinique obstétricale et Accouchements	GAYET.
Clinique ophtalmologique	GAILLETON.
Cliniques des maladies cutanées et syphilitiques	PIERRET.
Clinique des maladies mentales	WEILL.
Clinique des maladies des enfants	MONOYER.
Physique médicale	HUGOUNENQ.
Chimie médicale et pharmaceutique	CAZENEUVE.
Chimie organique et Toxicologie	FLORENCE.
Matière médicale et Botanique	LORTET.
Parasitologie	TESTUT.
Anatomie	RENAUT.
Anatomie générale et Histologie	MORAT.
Physiologie	TEISSIER.
Pathologie interne	AUGAGNEUR.
Pathologie externe	MAYET.
Pathologie et Thérapeutique générales	TRIPPIER.
Anatomie pathologique	POLLOSSON (Maurice).
Médecine opératoire	ARLOING.
Médecine expérimentale et comparée	LACASSAGNE.
Médecine légale	COURMONT (J.).
Hygiène	SOULIER.
Thérapeutique	CROLAS.
Pharmacologie	

Chargés de cours complémentaires

Clinique des maladies des femmes	MM. POLLOSSON (A.), agrégé.
Maladies des voies urinaires	CHANDELUX. —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS, —
Propédeutique médicale	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale	ROLLET, —
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN, —
Anatomie pathologique	DEVIC, —
Physiologie	DOYON, —
Accouchements	FABRE, —
Botanique	BEAUVISAGE, —

Agrégés

MM.	MM.	MM.	MM.
ROUX	SIRAUD	BÉRARD	VILLARD
COLLET	DURAND	SAMBUC	TIXIER
BOYER	PIC	BORDIER	FABRE
BARRAL	PAVIOT	COURMONT (P.)	REGAUD
MOREAU	NOVE-JOSSERAND	CHATIN	CAUSSE, ch...
VALLAS			

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. POLLOSSON (M.), président ; BOYER, assesseur ;
MM. NOVE-JOSSERAND et CHATIN, agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Témoignage de ma reconnaissance.

A MON AMI LE DOCTEUR X. HENRY

INTRODUCTION

Lorsque Ollier ouvrit pour la première fois une collection sous-périostée de la nature de celle qui nous intéresse, il fut frappé du caractère visqueux, filant en même temps que transparent de l'exsudat, et il n'hésita pas à faire de cette affection inconnue jusqu'alors ou qui, du moins, était passée inaperçue, une entité morbide.

Il lui donna le nom de périostite albumineuse. Cette appellation avait du moins le mérite de ne rien préjuger sur sa cause qui fut étudiée notamment par l'école lyonnaise. M. Poncet fit en 1894 son premier travail sur cette question. Depuis, les recherches se sont multipliées avec d'autant plus d'intérêt que les cas en étaient plus rares. M. Dor a minutieusement étudié la partie bactériologique. En s'adressant à l'expérimentation, il est arrivé à des résultats assez remarquables sur une pathogénie qui était restée obscure pendant de nombreuses années. L'attention des auteurs ayant été éveillée, on ne tarde pas à voir les recherches se multiplier aussi bien à Lyon qu'en France et à l'étranger. Sous des appellations diverses, les auteurs désignent la périostite albumineuse d'Ollier. Pour Gosselin, c'est l'ostéopériostite albumineuse ; pour Nicaise, l'ostéopériostite séreuse ; pour Duplay, la périostite externe rhumatismale, enfin, pour Rie-

dinger, le ganglion périostal. On voit que l'accord est loin de se faire au début parmi les chirurgiens. Chacun donne à cette affection un nom suivant l'aspect avec lequel elle se présente ou la cause qui la produit. Si sa pathogénie paraît avoir été singulièrement élucidée grâce aux minutieuses et patientes recherches du laboratoire, son étude clinique, par contre, a été quelque peu délaissée, et ceci s'explique par son excessive rareté, par la difficulté de rassembler les faits et de les comparer.

C'est sur ce dernier point que nous croyons pouvoir insister en prenant pour base de notre travail les cas qui ont paru dans ces derniers temps, et notamment dans le service de M. le professeur agrégé Nové-Josserand.

Ollier définit la périostite albumineuse « une collection liquide développée au voisinage d'un os, le plus souvent d'un os long et de préférence d'une épiphyse, dont le contenu est constitué par un liquide variant du jaune au vert, filant, visqueux et remarquable par la quantité d'albumine qu'il contient ». Lannelongue critique longuement cette définition. Pourquoi, en effet, qualifier cette nouvelle périostite d'albumineuse alors que tous les exsudats de l'organisme contiennent de la fibrine ? Nous croyons que cette objection est quelque peu téméraire car, comme nous le verrons, ce qui caractérise cette périostite, c'est la nature de son exsudat dont la richesse en matières albuminoïdes est remarquable et qui est la signature d'un processus franchement inflammatoire.

ETIOLOGIE — PATHOGENIE

Il faut distinguer deux grandes causes de la périostite albumineuse. Les premières sont directes; les secondes sont indirectes ou prédisposantes.

Parmi les causes directes, il faut signaler le traumatisme. Bien qu'il ait été recherché soigneusement par les auteurs, il est peu rencontré en raison de sa rareté. Deux cas plaident en sa faveur. L'un où cet agent paraît à peu près certain. Il s'agit d'un malade traité par Nicaise qui avait reçu un coup sur la face interne du tibia et chez lequel s'était développée sept jours après une collection fluctuante assez nette renfermant un liquide séreux.

Le deuxième fait dû au traumatisme paraît plus suspect. Chez un malade de Nicaise qui avait reçu sur le genou droit un coup, il survint un certain degré d'impotence fonctionnelle et du gonflement à ce niveau. Les troubles morbides étaient allés en s'accroissant pendant douze années au bout desquelles le malade entra dans le service de Périer.

A cette époque, il présentait une tumeur siégeant à la partie inférieure du creux poplité et se continuant à la partie supérieure de la jambe. Elle était due à la présence d'un liquide albumineux. L'on notait également de l'atrophie du membre et des points douloureux au niveau des os de la région.

Cette observation peut être sujette à de vives critiques. On peut se demander, en effet, s'il ne s'agirait pas là d'une affection osseuse à marche très longue développée à l'occasion d'un traumatisme. Mais, celui-ci ne nous apparaît plus dès lors comme la cause première de la lésion.

Les causes prédisposantes sont assez nombreuses. Elles se montrent chez tous les sujets atteints d'une constitution mauvaise, les lymphatiques, les surmenés. Notons également l'influence d'une alimentation et d'une hygiène défectueuses, et particulièrement des maladies, le rhumatisme, la fièvre typhoïde, la rougeole, la syphilis. Dans l'observation VI, la syphilis apparaît pour la première fois au nombre des maladies à causes déterminantes.

Grâce à la cachexie qu'elle détermine, elle est une cause manifeste. L'apparition d'une périostite albumineuse a coïncidé avec une recrudescence des manifestations spécifiques. Le gonflement déterminé a en partie cédé au traitement qui n'a pu être poursuivi en raison des troubles gastriques provoqués. L'intervention à son niveau a donné issue à un liquide comparable à celui de la pleurésie séro-fibrineuse.

La périostite albumineuse se rencontre surtout chez les adolescents de quinze à vingt-cinq ans (obs. I, II, III, IV, V), de préférence vers l'âge de quinze ans (obs. I, IV et V).

En tant qu'il peut donner naissance à une attaque de rhumatisme, le refroidissement peut être une des causes déterminantes que tous les auteurs admettent.

C'est ainsi que dans l'observation de Cazin, de Boulogne, une pêcheuse de crevettes qui, à la suite d'un surmenage prolongé avait fait un long séjour dans l'eau, fut prise d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu et simultanément d'une périostite albumineuse.

L'observation de Duplay publiée dans les *Archives de médecine* est plus concluante. Cet auteur a vu une périostite albumineuse se développer et s'accroître sous l'influence de nouvelles poussées de rhumatisme. La marche des deux affections avait été en quelque sorte parallèle.

Duplay ne se contente pas de donner le rhumatisme comme étiologie à la périostite albumineuse. Il va jusqu'à dire qu'elle est la seule. Comme nous le verrons, cette affirmation est par trop exclusive.

Il explique ces phénomènes par une sorte de prédilection que le rhumatisme aurait pour le tissu conjonctif. De plus, ses lésions n'aboutissent jamais à la suppuration, mais s'arrêtent à la production d'un exsudat séreux ou albumineux.

Gosselin, dans ses cliniques, détache la périostite albumineuse du rhumatisme pour la mettre sous la dépendance de la croissance au niveau des régions juxta-épiphysaires. C'est pour lui un pseudo-kyste séreux, semblable aux kystes des mâchoires ou aux cavités à contenu séreux des os longs qu'il nomme de faux abcès.

La sécrétion du liquide serait sous la dépendance de l'écoulement d'un peu de tissu cellulo-adipeux dans les cas de traumatisme, et d'un exsudat d'ordre inflammatoire dans les autres cas.

La tuberculose, par contre, est fréquemment signalée au sujet du mécanisme de production de l'exsudat. Nous trouvons une grande divergence entre les auteurs. Lannelongue, dans son traité sur la tuberculose osseuse, considère ces collections comme des restes d'abcès froid qui aurait subi des modifications successives après un temps assez long. Pour les expliquer, il suffit de faire intervenir l'influence de forces mécaniques. Que se passe-t-il en effet lorsqu'on laisse du pus

d'abcès froid dans un verre ? Les éléments figurés se déposent. Le liquide reste à la partie supérieure. Une observation qui plaide en faveur de cette théorie mérite d'être signalée. Il s'agissait d'un malade de treize ans et demi qui présentait une collection dont l'évacuation donna lieu à du pus qui avait tous les caractères de celui des abcès froids. La collection, s'étant reformée deux mois après, renfermait cette fois un liquide séreux et transparent.

Grimm a démontré que les gommes pouvaient donner naissance à un abcès séreux. Elles se manifestent d'abord par une tension douloureuse, après quoi elles se résolvent.

Poulet soutient une théorie opposée à celle de Lannelongue. Il n'est pas pour lui nécessaire d'expliquer ces phénomènes par des théories plus ou moins ingénieuses. Mais, il suffit de considérer la marche ordinaire du processus morbide. Les épanchements séreux dus à la tuberculose se transforment chaque jour en épanchements purulents.

Mais l'exsudat séreux n'est que le premier stade des lésions déterminées par le bacille de Koch. Pour que celles-ci n'évoluent pas à un degré plus élevé, il faut tout au moins admettre une atténuation de la virulence de ce bacille ou un certain degré d'immunité de l'individu.

On peut, chez des animaux, déterminer des abcès tuberculeux à marche lente. Le liquide qu'ils renferment, bien qu'il ne soit pas absolument clair, présente une transparence relative et contient une forte dose d'albumine.

Parmi les autres facteurs de la périostite albumineuse, l'ostéomyélite, d'abord soupçonnée, est maintenant reconnue. Schlange la considère comme l'agent presque unique de cette affection. Lannelongue va jusqu'à dire que la périostite albumineuse en est une expression, qu'elle est une

modification d'abcès survenue dans le cours d'une ostéomyélite.

Garré a signalé quatre cas ressemblant à de l'ostéomyélite infectieuse aiguë survenant chez de jeunes sujets, s'accompagnant d'une élévation de température. L'affection siégeait dans la région juxta-épiphysaire et est allée dans certains cas jusqu'à la production de séquestres et de décollements épiphysaires.

Berg a découvert au niveau de la lésion le staphylocoque pyogène aureus et albus.

Dans tous les faits de ce genre, on note un début aigu avec des frissons, de la douleur et du gonflement au niveau de la région atteinte.

L'observation de M. Poncet parue dans la *Gazette hebdomadaire* montre un cultivateur de quarante-cinq ans atteint à l'âge de neuf ans d'une ostéomyélite du fémur gauche pour laquelle il avait présenté des accidents jusqu'à l'âge de vingt-neuf ans. A la suite de nouveaux phénomènes douloureux apparus quatorze années après, son fémur gauche fut le siège d'une fracture spontanée suivie de l'exsudation d'un liquide séreux et filant à son niveau.

Vincent (d'Alger), cité par Mauclaire, détermine chez un animal une lésion osseuse intéressant spécialement le périoste. La première phase des accidents inflammatoires est marquée par un épanchement léger séreux et albumineux pouvant affecter une marche aiguë telle que celle que l'on rencontre en clinique.

Nous pourrions multiplier les faits de ce genre. Il nous suffira d'avoir montré la parenté de l'ostéomyélite avec la périostite albumineuse.

Mais comment les agents pathogènes produiront-ils dans

un cas un exsudat simplement albumineux et dans l'autre du pus ? Ces résultats divers sont obtenus non point d'après la nature des microbes, mais d'après leur âge, c'est-à-dire leur virulence. C'est ainsi que la périostite albumineuse doit être considérée comme une infection atténuée.

Les résultats de l'analyse clinique et expérimentale nous permettent actuellement de la classer à sa place précise dans le cadre nosologique.

En premier lieu, nous placerons l'hyperostose. C'est elle qui est apparue la première dans l'observation VI. Après elle, la périostite albumineuse proprement dite qui, sous l'influence d'une excitation telle que celle déterminée par une intervention peut se transformer en périostite phlegmoneuse. Le dernier degré est représenté par la périostite phlegmoneuse diffuse.

Cette classification est autorisée non seulement par l'observation qui se base sur la clinique, mais surtout par l'expérimentation.

BACTERIOLOGIE

La phase vraiment intéressante de l'étude des périostites albumineuses ne commence réellement qu'à partir du jour où la bactériologie vint jeter une vive lumière sur un sujet qui était resté cantonné dans le domaine de la clinique. Déjà l'étude anatomo-pathologique avait permis de constater que les lésions découvertes étaient multiples et que par conséquent les causes qui l'engendraient devaient être nombreuses également.

C'est en réalité à M. le D^r Dor que revient le premier l'honneur d'avoir poursuivi des recherches dans ce sens.

La première expérience fut faite avec des bacilles extraits de ganglions tuberculeux et inoculés à des lapins après avoir été cultivés. Les lésions constatées portèrent sur plusieurs articulations qui ne tardèrent pas à être le siège de gonflements dus à la présence d'un liquide filant, citrin, clair, et très riche en matières albuminoïdes. Il existait également un décollement épiphysaire et une vive inflammation du périoste se traduisant par un épaissement de celui-ci qui était devenu rugueux et recouvert d'aspérités. Il semblait bien que l'on pût comparer ces phénomènes à ce qui se passe dans des cas d'ostéomyélite aiguë, lorsque le décollement

épiphysaire est suivi à brève échéance de la pénétration du pus dans l'articulation voisine.

Une autre expérience de M. Dor est plus concluante parce qu'elle est faite non pas avec des produits microbiens retirés de ganglions tuberculeux, mais bien avec du liquide albumineux. Les bacilles cultivés avaient de grands points de ressemblance avec des staphylocoques. Inoculés à des lapins, ils déterminèrent au niveau de la cuisse une tuméfaction due à la production d'un abcès séreux. Cette fois, les lésions ne portaient plus sur le périoste, mais le liquide retiré ressemblait en tout point au liquide albumineux.

La troisième expérience du même auteur est remarquable par la nature tout à fait spéciale du bacille qui entre en jeu et des lésions qu'il détermine.

Les colonies retirées du liquide sont caractérisées par le polymorphisme des microbes dont les uns paraissent constitués par des staphylocoques, d'autres par des cocci allongés et même par des bacilles. Les animaux inoculés succombent assez rapidement dans un état cachectique. A l'autopsie, on constate chez l'un d'eux à la partie externe de la cuisse une tuméfaction due à la production d'un liquide filant et clair ; chez d'autres, des lésions osseuses caractérisées par une tuméfaction juxta-épiphysaire, une exostose de la diaphyse de l'humérus suivant la direction des muscles de la région. L'épiphyse, la moelle et la diaphyse sont très vascularisées. Il existe également des lésions d'ostéite destructive. Malgré l'intensité du processus phlegmasique, on n'assiste jamais à la production d'abcès ni de séquestres. L'os est le siège d'un ramollissement considérable qui se traduit par de l'incurvation de celui-ci.

Bien qu'on doive considérer cette affection comme une

ostéomyélite infectieuse, elle ne peut pourtant pas être comparée avec celle qui est produite par le staphylocoque ou le streptocoque.

Il faut rapprocher de ce microbe celui qui a été décrit par Max Schuller en 1893 dans le *Berliner klinische Wochenschrift*. Comme lui, il est court et épais, séparé en son milieu, mais, à la différence du bacille de Koch, il se colore très facilement.

Il résulte donc des recherches faites sur les agents pathogènes de la périostite albumineuse qu'il faut relever ceux de l'ostéomyélite et de la tuberculose et un autre bacille non encore classé et qui a été particulièrement bien étudié par M. Dor.

Poursuivant la série de ses expériences, M. Dor faisait deux ans plus tard un ensemencement dans des ballons de bouillon et des tubes de gélatine avec un liquide recueilli dans le service de M. Poncet, chez le malade de l'observation IV.

La culture était développée au bout de deux ou trois jours dans les ballons, et de trois à quatre jours sur gélatine. En stries sur gélatine, on voit apparaître des colonies arrondies, luisantes, jaunâtres, rappelant celles du staphylocoque. Le bouillon est le siège d'un trouble uniforme. Les colonies liquéfient la gélatine. La végétation s'arrête rapidement dans ces deux milieux, et plusieurs ensemencements furent négatifs. Après coloration, on constate dans le bouillon et sur la gélatine que l'on a affaire à de petits bacilles courts rappelant celui de Loeffler. Chacun d'eux est constitué par un protoplasma pâle au sein duquel sont des granulations colorées ayant tantôt une forme arrondie, tantôt une forme ellipsoïde. Lorsque deux granulations existent dans le corps du bacille, celui-ci a la forme d'un haltère. Lorsqu'il en

existe quatre ou cinq, le bacille a un aspect moniliforme. Dans les coupes de fongosités, il a été impossible de retrouver ce bacille ; mais on ne note non plus ni staphylocoque, ni streptocoque. En raison de la perte rapide de la végétabilité dans les milieux ordinaires, l'on n'a pu inoculer ce bacille à l'animal. Mais tout fait supposer qu'il était peu virulent, car le malade était rapidement guéri.

Son aspect morphologique le fait rapprocher de celui que M. Dor avait étudié quelques années avant et qu'il avait surnommé *bacillus cireus citreus*, en raison de la teinte jaune citron que présentaient les cultures. Son principal intérêt provient de ce qu'il a été exclusivement trouvé dans l'exsudat séreux et qu'il peut être considéré par conséquent comme l'agent véritable des lésions périostiques. Sa porte d'entrée paraît être un furoncle que le malade avait présenté avant son affection.

En résumé, l'on peut considérer les agents pathogènes de la périostite albumineuse comme étant assez variés. A ce titre, il faut faire rentrer le bacille de la tuberculose et un autre bacille principalement ressemblant au staphylocoque, mais qui se caractérise par ce fait que son inoculation ne va jamais jusqu'à la production du pus, mais s'arrête à celle d'un liquide séreux.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La collection a son siège de prédilection sur les membres, de préférence sur les membres inférieurs. Le fémur est le plus souvent signalé. Après lui viennent le tibia, l'humérus, le cubitus, l'os coxal et le sternum.

Exception faite pour le liquide, il est difficile de décrire des lésions typiques en raison de la très grande variété des cas.

La peau au niveau de la tumeur est normale, sans présenter des adhérences, sauf dans les points où une intervention a provoqué la formation de tissu cicatriciel. Les muscles ne présentent rien de particulier. Ils ne sont pas infiltrés et peuvent simplement modifier l'aspect de la tumeur par leurs contractions.

La poche diffère au point de vue du siège et de l'aspect.

Elle peut être extrapériostique comme dans l'observation VI. L'os n'est pas intéressé le plus souvent. C'est à peine s'il est le siège d'un gonflement dû à une légère hyperémie. La paroi qui regarde l'os est représentée par le périoste épaissi, mais qui peut conserver son aspect normal comme dans le cas précédent.

Dans une variété mixte, l'abcès d'abord extrapériostique

est parvenu à perforer le périoste à la suite d'un travail ulcéreux et à s'étendre au-dessous de cette membrane.

Enfin, dans une troisième variété, l'abcès est sous-périostique. C'est celle qui a été pour la première fois décrite par Ollier et qui est connue généralement sous le nom d'ostéopériostite albumineuse. Suivant son développement, les lésions osseuses concomitantes présentent des degrés variables d'intensité pouvant aller jusqu'à la nécrose, cette dernière étant rarement observée, car le processus phlegmasique qui accompagne la périostite albumineuse a pour caractère essentiel d'être d'une faible intensité.

Nous avons à dessein négligé de parler dans le chapitre qui lui était assigné d'une forme d'abcès extrapériostique. C'est qu'en effet, en raison de sa rareté, elle mérite une mention spéciale. Les observations I et II s'y rattachent. Il s'agit en réalité d'abcès par congestion dont le contenu aurait subi une transformation séreuse suivant l'opinion de Lannelongue. Dans l'observation I, il s'agit d'une jeune fille de quinze ans qui présente tous les signes d'une lésion des vertèbres : douleur localisée en un point de la colonne, raideur de celle-ci pendant les mouvements, exagération des réflexes, trépidation épileptoïde. La collection est profonde.

Dans son Traité des maladies infectieuses et parasitaires des os, M. Gangolphe cite « qu'au cours d'une autopsie, il découvrit dans le bassin, en arrière de la vessie une collection du volume d'une tête de fœtus renfermant un séquestre gros comme une noisette et manifestement liée à un mal de Pott dorso-lombaire guéri avec gibbosité. Le contenu de la poche était fluide, un peu jaunâtre, analogue à de l'urine ».

Quant à la poche de l'abcès, elle a une forme variable.

La surface peut en être molle, tomenteuse, douce au toucher ou fongueuse. Quand la tuberculose doit être incriminée, la cavité est anfractueuse. « Les parois sont recouvertes de granulations, de crêtes semblables à celles de l'intestin. Elles sont rarement recouvertes d'un revêtement épithélial. Quand on détache une de ces crêtes, on n'arrive pas sur l'os, mais sur une mince couche de périoste adhérent comme de coutume. » (Lannelongue.)

L'examen histologique fait par Déjerine a montré que le périoste avait la même texture que sur les parties voisines, bien qu'il soit plus aminci.

L'os qui est à nu au-dessus apparaît presque toujours très vascularisé. A des degrés plus avancés, son aspect est rugueux. On peut assister à la production d'exostoses et même de séquestres d'importance variable. Laurens Magnus cite un cas où le cubitus était entièrement nécrosé. La production de ces séquestres est une cause parfois de la longue durée de cette maladie, car ils donnent lieu à des fistules interminales.

Dans un cas d'ostéomyélite de la cuisse survenu chez un garçon de seize ans, Grimm a vu s'écouler en ouvrant l'abcès un demi-litre de liquide clair, jaune verdâtre, très dense. Dans la cavité, faisait saillie un fragment de la diaphyse fémorale. L'os et les parois de l'abcès étaient tapissés de granulations rosées.

Les gouttelettes huileuses que l'on rencontre à la surface du liquide sont dues à l'ostéite et proviennent de la moelle. L'élargissement des canaux de Havers donne à l'os un aspect rugueux. Le gonflement dont il est le siège est indépendant de la tumeur inflammatoire, car on l'observe à côté de celle-ci. Il persiste le plus souvent après la guérison sans

œdème des parties molles. Il apparaît concurremment avec les phénomènes inflammatoires et ne peut donc pas être considéré comme une conséquence de la périostite.

L'os peut subir des modifications du côté de sa longueur. Dans un cas, M. Poncet a signalé un raccourcissement.

En ce qui concerne la nature du liquide, on peut le rencontrer sous trois aspects suivant que le processus qui lui donne naissance est d'ordre rhumatismal, traumatique ou inflammatoire.

Dans le premier cas, il est absolument caractéristique, représenté par une humeur analogue au blanc d'œuf, se laisse étirer sous forme de filament quand on en prend une goutte entre deux doigts et qu'on les éloigne lentement et légèrement.

Les épanchements de la deuxième catégorie ressemblent à ceux qui sont sous-cutanés et qui ont été décrits par Morel Lavallée. A un degré plus avancé, on se trouve en présence d'un liquide ayant peu de tendance à se résorber. M. Poncet cite le cas d'une fracture accompagnée d'un exsudat, qui au lieu d'avoir des propriétés plastiques a persisté à l'état liquide.

L'épanchement dépasse rarement 300 grammes. Il est toujours pauvre en éléments figurés. Les leucocytes sont en très petit nombre. L'augmentation de ceux-ci est le prélude de sa transformation en pus. Les globules rouges sont plus ou moins abondants, en général déformés, crénelés.

D'après les analyses de M. le professeur Hugounenq, le liquide résiste longtemps à la putréfaction, d'autant plus qu'il est débarrassé du sang qui le souille. Sa densité le rapproche des exsudats franchement inflammatoires.

Sous l'influence de la chaleur, il se prend en une gelée

compacte. Celle-ci desséchée se présente sous forme d'un résidu sec, corné, cassant, contenant de l'urée et de la matière extractive azotée. Les albumines représentent 75 à 80 p. 100 environ des matériaux solides de l'exsudat. Elles renferment de la nucléoalbumine, et principalement de la sérine. Les sels sont représentés par du chlorure de sodium et du succinate de chaux, composé qui se trouve constamment dans les kystes hydatiques, le sang des leucémiques et le liquide de l'hyrocèle. Le phosphate de chaux est en proportion variable, sous la dépendance de la participation de l'os au processus phlegmasique. Le plus souvent, cette proportion est très faible.

Parmi les éléments rencontrés d'une façon inconstante se trouve de la mucine qui pour Vollel représenterait les globules du pus transformés ; pour Dzierzanski elle proviendrait du tissu conjonctif comme il arrive à l'état normal. Elle s'accumule parce qu'elle se résorbe difficilement.

Le liquide de l'organisme qui se rapproche le plus de celui qui vient d'être analysé est celui de l'hydarthrose.

SYMPTOMATOLOGIE

La périostite albumineuse affecte dans son apparition et son évolution une grande variété de formes en rapport essentiellement avec la cause initiale. L'on conçoit dès à présent la différence qui peut exister entre l'affection liée au simple rhumatisme et celle qui relève de l'ostéomyélite par exemple. Parmi les observations que nous avons sous nos yeux, nous relevons cette grande variété dans l'aspect clinique de cette lésion.

On peut dire qu'il y a deux ordres de symptômes : fonctionnels et physiques.

Au début, il existe le plus souvent des douleurs sourdes, qui en raison de leur peu d'intensité n'inquiètent pas le malade outre mesure tant que le gonflement dû au développement de la tumeur inflammatoire ne s'est pas montré (obs. VI).

Rarement, la douleur apparaît brusquement (obs. IV) à tel point que le traitement est uniquement dirigé contre elle au début.

Entre ces deux cas tout à fait opposés se placent des cas intermédiaires. Dans l'observation V, les phénomènes douloureux s'installent lentement au niveau de la région sacrée et du bassin. Ils s'irradient de là un peu de tous les côtés, mais principalement dans la cuisse, sont accompagnés d'une congestion assez intense du petit bassin, surtout de la vessie,

qui se traduit par l'émission d'urines sanguinolentes. La douleur est spontanée et paroxystique. La pression sur la région sacrée et sur les articulations sacro-iliaques à droite devient intolérable.

L'impotence fonctionnelle ne tarde pas à devenir complète.

Dès le début, les phénomènes inflammatoires se traduisent par de la fièvre, de l'anorexie qui n'ont cédé que pour faire place à une recrudescence des phénomènes douloureux. L'état général devient mauvais. Il survient de l'amaigrissement.

Le premier signe de la période d'état est la tuméfaction.

La peau ne présente pas d'altérations. Elle a son épaisseur normale, ne contracte pas d'adhérences avec les plans sous-jacents. Sa coloration est normale ordinairement, sauf quand elle est tout à fait proche de la lésion. Elle est alors rouge et tendue (obs. IV).

Les limites de la tuméfaction peuvent être parfois assez aisément circonscrites (obs. I). Dans l'observation V, elles s'étendent aux adducteurs, effacent le pli génito-crural, gagnent la région iliaque, s'étalent jusque sur la paroi gauche du bassin dont elles masquent les contours.

La tumeur est immobile sur les parties profondes. Les mouvements de va-et-vient dans tous les sens ne peuvent lui imprimer de mouvement.

Les contours en sont réguliers ; elle ne présente pas de bosselures. Elle n'est pas réductible et n'est pas animée de battements.

Il existe toujours à son niveau ou dans son voisinage un point douloureux maximum (la région sacrée dans l'obs. V). Le plus souvent, il est voisin de l'articulation et correspond au cartilage de conjugaison (obs. III).

La palpation donne d'abord une sensation élastique et rénitente. Puis la fluctuation ne tarde pas à se montrer.

En raison de sa profondeur, elle donne lieu à des recherches minutieuses et attentives. On la rencontre au centre de la tuméfaction le plus souvent (obs. III). En raison de la douleur provoquée, le malade immobilise les articulations voisines. Mais elles sont intactes (obs. IV). Les mouvements ont leur amplitude normale et la synoviale ne présente pas d'altérations appréciables.

L'os est douloureux à la pression profonde et montre à la radiographie du gonflement.

En résumé, si nous jetons un coup d'œil rapide sur les symptômes du début et sur la période d'état, nous voyons que dans la périostite albumineuse, apparue chez un sujet en général jeune, anémié parfois par une maladie antérieure on voit se montrer après une période plus ou moins longue de douleurs variables d'intensité, une impotence parfois complète du membre malgré l'intégrité des articulations auxquelles on peut faire exécuter tous les mouvements. Il existe un point douloureux maximum sur la continuité de l'os. Son siège est variable. Il peut siéger sur la partie moyenne de l'os. Mais, c'est le plus souvent au niveau du cartilage de conjugaison qu'il faudra le rechercher. En raison de la profondeur de la lésion, la peau garde sa coloration normale. Le gonflement augmente progressivement et la fluctuation ne tarde pas à apparaître. La ponction retire un liquide visqueux de coloration verdâtre comparé tantôt à de l'urine, tantôt à du liquide de la pleurésie séro-fibrineuse. Celui-ci peut se résorber rapidement. Le plus souvent, il se reproduit. Il peut encore passer à la suppuration.

EVOLUTION. — COMPLICATIONS

Quel que soit le mode de terminaison, cette affection se caractérise avant tout par la lenteur de son évolution ; dans l'observation IV, la guérison est survenue au bout de quatre mois et demi. Une pareille durée est en réalité l'exception, et, dans presque tous les cas, elle est plus longue. A ce point de vue la périostite albugineuse doit être rapprochée des abcès froids.

La ponction amène un soulagement d'autant plus considérable que la collection met plus de temps à se reproduire. Cette détente dans les phénomènes douloureux est signalée dans presque toutes les observations (obs. I, III et V).

Le liquide peut réapparaître très rapidement (dix à douze jours dans l'observation I).

Plusieurs interventions sont alors nécessaires. Sous leur influence, le pouvoir absorbant de la poche paraît augmenter.

Parmi l'une des complications qu'il faut savoir prévoir, c'est la suppuration. Elle s'annonce par des modifications dans la consistance du liquide qui perd sa viscosité, devient plus fluide et louche. Au microscope, les éléments figurés augmentent. Cet accroissement porte surtout sur les globules blancs. Cette transformation met un temps plus ou moins long à s'effectuer, avec d'autant plus de fracas que ce temps-

ci est plus court. Lorsqu'elle est rapide, elle peut s'accompagner de phénomènes généraux avec fièvre, état saburral. Dans un cas, le délire s'est montré avec des frissons.

La quantité de pus trouvé est en rapport avec celle de sérosité recueillie. Parfois, elle lui est supérieure ce qui montre une recrudescence des phénomènes inflammatoires. Il se présente sous tous les aspects, peut être séreux, bien lié, ou au contraire brunâtre ; le plus souvent inodore, mais il peut parfois exhaler une odeur infecte, comme dans certaines formes d'ostéite ou d'abcès formés au voisinage du tube digestif.

L'évacuation du pus doit être faite par un drainage. Elle présente des alternatives d'aggravation et de diminution. Il peut se former une fistule dont la longue durée a été plusieurs fois signalée.

Parmi les complications qui ont été assez souvent notées, il faut citer l'apparition en un point voisin de la collection liquidé d'un abcès indépendant de celle-ci correspondant à une portion de l'os dénudé. Il ne modifie donc en rien la marche de la maladie primitive. Sa présence s'explique par la propagation de la périostite exsudative aux parties avoisinantes de l'os. On assiste en réalité à la production d'une véritable ostéomyélite. Si l'on songe que ces abcès ont apparu chez des malades dont la périostite exsudative avait passé à la suppuration, tandis que chez d'autres elle s'était résorbée ; on peut en induire que le travail irritatif qui a produit la première collection s'est aggravé sous l'influence des excitations produites par les manœuvres opératoires.

Parmi les complications, il convient également de signaler l'atrophie. Dans l'observation III, le membre malade présente une différence de trois centimètres. Cette atrophie ne

peut pas être mise sur le compte de l'immobilisation, car elle disparaîtrait après elle et ne résisterait pas aux moyens ordinaires de traitement. Elle ressemble à celle qui est développée par des troubles nerveux. De plus les saillies et les méplats ont disparu. La main qui palpe rencontre l'os presque immédiatement. Le tissu cellulo-adipeux semble avoir remplacé les masses musculaires.

Par leur intensité et leur longue durée, les douleurs constituent quelquefois une complication. Elles ont parfois persisté pendant quatre années consécutives durant lesquelles elles ont résisté à tous les traitements préconisés.

DIAGNOSTIC

Il peut être posé au début quand les phénomènes douloureux et le gonflement ouvrent la scène, ou à la période d'état quand apparaît la fluctuation.

A la période initiale, l'on pourrait songer aux névralgies. Mais la douleur ne suit pas le trajet des nerfs. En raison de sa persistance et de son exacerbation nocturne, s'il n'y a pas lieu de soupçonner la syphilis, il faudra songer à une ostéite ou à une périostite. L'on trouvera, en explorant les parties profondes un point plus douloureux au niveau du gonflement. La persistance des névralgies en dépit de tout traitement fera songer à la périostite.

En présence du gonflement de l'os, il faudra songer à l'âge du sujet, rechercher dans ses antécédents s'il n'a pas eu la syphilis.

La périostite albumineuse ne saurait être confondue avec les tumeurs malignes des os qui ont une allure clinique spéciale.

Le diagnostic différentiel doit être fait avec les enchondromes, les myxomes, les fibromes et les exostoses. Le siège de l'enchondrome est le même que celui de la périostite. Mais, tandis que celle-ci siège surtout au niveau des os longs,

l'enchodrome a son siège de prédilection au niveau des doigts et des orteils et se développe avec une plus grande rapidité.

Les fibromes et les myxomes peuvent également se développer aux mêmes points. Mais leurs limites sont plus nettes. La tuméfaction est plus circonscrite. Ils ne s'accompagnent pas de phénomènes vraiment inflammatoires.

Les exostoses apparaissent également chez les syphilitiques, mais à la période tertiaire seulement, alors que de multiples manifestations sont déjà survenues. Si elles se développent dans la syphilis héréditaire, tous les stigmates de celle-ci se révéleront. Enfin le traitement a une réelle influence sur les exostoses syphilitiques.

Malgré la présence de tous ces signes, le diagnostic à cette période est très difficile et reste presque toujours en suspens.

Il faut attendre l'apparition de la fluctuation. Quand la collection siège sur la diaphyse, il faudra penser à un abcès froid. On devra examiner le passé du sujet, ses antécédents héréditaires et latéraux. Il existera le plus souvent sur les os, les articulations, la colonne vertébrale et les autres organes, les poumons, les testicules, des lésions permettant de faire le diagnostic de tuberculose.

Il faudra songer aussi à une périostite suppurée qui présente des signes communs par la durée des douleurs précédant l'apparition de la tumeur et par le terrain sur lequel elle se développe.

L'ostéomyélite se reconnaîtra au passé scrofuleux et tuberculeux du sujet, et particulièrement aux caractères de la courbe thermique.

Si la collection a pour siège l'épiphyse, il faudra éliminer l'hydropisie des culs-de-sac synoviaux et des gaines tendineuses ainsi que les kystes des os.

L'ostéite épiphysaire a des débuts plus aigus, s'accompagne de phénomènes généraux allant parfois jusqu'à un état typhoïde.

Nous pourrions différencier facilement la périostite albumineuse de l'arthrite puisque l'impotence fonctionnelle tient aux muscles et qu'il est toujours possible de faire exécuter des mouvements au membre malade : la douleur a son maximum sur la continuité de l'os et non sur l'interligne. Le gonflement s'étend loin de l'articulation.

L'inflammation des gaines tendineuses provoque des douleurs lorsqu'on fait frotter les tendons dans leurs coulisses. La tuméfaction a une disposition fusiforme.

Les hydropisies des culs-de-sac synoviaux ont une marche chronique. Le gonflement occupe toujours le même siège. C'est le cul-de-sac sous-tricipital au genou, la coulisse bicipitale à l'épaule.

Quelle que soit l'origine que l'on attribue aux kystes des os, on peut dire qu'ils se reconnaissent à leur fluctuation et à la crépitation parcheminée à laquelle ils donnent lieu.

Le pronostic est bon dans un grand nombre de cas (obs. IV par exemple). Néanmoins, en raison de l'intensité et de la persistance des phénomènes douloureux et du processus phlegmasique (obs. V), il doit être souvent réservé. La présence de fistules contribue beaucoup à assombrir le pronostic.

TRAITEMENT

La connaissance de la nature et de l'évolution de la périostite albumineuse nous permettra d'arrêter les bases du traitement.

Il doit s'adresser à la période du début et à la période d'état.

Au début, on peut faciliter la résorption par une révulsion active. Ollier a dû un succès à la pâte de Vienne. Le seul moyen de calmer les souffrances du malade est la ponction dès que l'épanchement s'est produit. Comme nous l'avons vu, une seule ponction ne sera pas toujours suffisante.

Il faudra éviter les injections irritantes qui peuvent favoriser la transformation purulente de l'exsudat.

Si celle-ci s'est produite, il faudra pratiquer un débridement et le faire suivre d'un drainage.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

M..., quatorze ans, entre à la salle Sainte-Amélie, le 9 avril 1902.

Trois frères ou sœurs sont morts en bas âge, un quatrième à dix ans et demi, d'une congestion pulmonaire.

Personnellement, elle n'aurait eu què la rougeole, et une affection de la hanche qui survint, il y a deux ans et demi, fut considérée par le médecin qui examina l'enfant comme une coxalgie, mais disparut sans laisser de traces après avoir empêché la marche pendant trois mois.

L'enfant entre à la Charité pour des phénomènes douloureux qu'elle éprouve depuis six mois dans la région sacrée. Elle marche difficilement et se lasse vite. Au bout d'un quart d'heure de marche, elle souffre du dos et des jambes.

A l'examen, on constate une légère scoliose lombaire à convexité gauche qui se caractérise par les signes habituels. De plus, le relief des apophyses épineuses des vertèbres lombaires paraît être manifestement exagéré.

La pression sur ces apophyses révèle une douleur assez nette.

Le rachis peut exécuter tous les mouvements normaux. Cependant, on note pendant l'extension et surtout la flexion, une rigidité assez grande du segment lombaire. L'examen des os iliaques, des articulations sacro-iliaques et de la région lombaire est négatif.

Les réflexes rotuliens sont nettement exagérés, et il y a une tendance à la trépidation épileptoïde.

L'état général est excellent : Pas de fièvre. L'enfant a bonne mine et présente tous les signes extérieurs d'une santé florissante.

Sur le diagnostic de mal de Pott au début, on applique un corset de Sayre qui fut porté du 28 avril au mois de septembre 1902.

A ce moment, on notait la persistance de la douleur diffuse dans toute la moitié inférieure de la colonne sans localisation précise à la pression. La scoliose avait à peu près disparu. On fit un nouveau corset qui fut porté jusqu'au mois de septembre 1902.

A ce moment, les douleurs persistent avec les mêmes caractères, mais peut-être un peu atténuées. Elles ne reparaissent plus qu'à l'occasion de la marche. Il persiste une légère scoliose lombaire à convexité gauche et la saillie des apophyses épineuses de la région lombaire forme maintenant une voussure arrondie très nette. La roideur du segment lombaire de la colonne persiste.

On sent dans le flanc droit une collection fluctuante du volume du poing. Cette collection occupe exactement la place des abcès pottiques hauts de la gaine des vaisseaux, c'est-à-dire qu'elle est un peu plus interne et plus profonde que les collections développées dans la loge du muscle iliaque, et qu'elle ne vient pas au contact immédiat de la crête iliaque.

Le 10 décembre 1902, on pratique la ponction de cette collection. Il s'écoule un liquide jaune verdâtre, un peu louche, mais ne contenant aucun grumeau de pus, non filant. On en retire environ 300 grammes.

L'examen chimique pratiqué par M. Aubert, pharmacien de la Charité, a indiqué la composition suivante : La réaction est alcaline. L'opalescence du liquide est due à des granulations protéiques.

Densité à 15° : 1,026.

Albumine : 55 grammes par litre.

Faible sédiment formé principalement de cholestérine.

Pas de fibrine.

Quelques leucocytes.

Quelques globules rouges altérés.

Urée : 8 grammes par litre.

La composition de ce liquide le rapproche beaucoup de celui de l'hydarthrose.

27 décembre 1902. — Depuis la ponction, les phénomènes douloureux ont si complètement disparu que la malade se croit guérie.

Cependant, les symptômes relevés du côté de la colonne lombaire : légère scoliose gauche, voussure des vertèbres et rigidité persistent sans changement appréciable.

La collection liquide s'est reproduite en partie. On sent une poche petite et peu tendue, un peu plus bas que la première fois, dans la fosse iliaque, le long des vaisseaux.

OBSERVATION II

M^{lle} X..., âgée de vingt-quatre ans, entrée à l'hôpital Bichat, le 20 février 1885, dans le service de Terrier, pour une tumeur de la région externe de la cuisse droite.

La malade est atteinte d'un mal de Pott de la région dorso-lombaire datant de douze à treize ans. Suppurations multiples au cou, aux cuisses, au bras gauche ayant laissé des cicatrices pâles, déprimées, gaufrées, caractéristiques de la scrofula. La tumeur s'est montrée il y a six ans, deux ans après, on en a retiré deux litres d'un liquide clair. Elle est située dans la région externe de la cuisse droite.

Actuellement, la ponction ramène environ 1,200 grammes d'un liquide clair, peu filant, ayant l'aspect de l'huile d'olive figée, clair et peu filant. L'analyse microscopique permet de constater des cristaux de cholestérine, des leucocytes en petit nombre et un réticulum fibrineux assez riche. A l'analyse chimique, on reconnaît de la fibrine de l'albumine. La poche

extirpée paraît émaner de l'aponévrose fémorale. La cavité communique par un orifice assez large remontant dans l'épaisseur du membre. La poche contient des masses blanches, dures, constituées par des amas de carbonate et de phosphate de chaux.

OBSERVATION III

L..., neuf ans, entrée le 24 novembre 1902, salle Sainte-Amélie.

Pas d'antécédents héréditaires, ni personnels. La maladie actuelle aurait débuté brusquement le 20 mars 1902, pendant la nuit. L'enfant, qui s'était couchée bien portante, après avoir joué comme d'habitude se réveilla avec des douleurs dans la jambe gauche qui se plaça de suite en position vicieuse.

Pendant huit jours, les douleurs persistèrent avec une telle acuité que l'enfant dut garder le lit. Puis, elles s'atténuèrent et finirent par disparaître après avoir duré quatre mois. L'attitude vicieuse prise dès le début a persisté sans changement.

A l'entrée de la malade dans le service, on note les signes suivants :

La cuisse est fléchie à angle droit sur le bassin, et se tient en abduction à 90° de sorte qu'elle repose sur le plan du lit. La région de la hanche est déformée par un empâtement qui occupe la partie antéro-interne de la cuisse et semble dû en grande partie au soulèvement des tégument par l'extrémité du fémur luxé en avant et en dedans. Cependant, la palpation montre que profondément, il existe une tuméfaction dure et douloureuse correspondant à la face antéro-interne de la cuisse dans sa moitié supérieure et dont les limites de chaque côté sont à peu près celles du triangle de Scarpa. Au centre de cette tuméfaction, on obtient une sensation nette de fluctuation. La poche semble peu tendue, étalée au-dessous des

vaisseaux qu'elle accompagne jusqu'au niveau de la pointe du triangle de Scarpa.

Le reste de la périphérie de la hanche ne montre ni empâtement, ni abcès. Les mouvements sont nuls. Pas de fièvre.

La radiographie montre d'une façon assez nette un déplacement de la tête en bas et en avant. L'épreuve obtenue n'est pas suffisamment bonne pour permettre de déterminer s'il existe une lésion osseuse appréciable.

Le 12 décembre 1902. — Sous anesthésie, on fait une incision verticale, à peu près au milieu de l'espace qui existe entre les vaisseaux et la saillie des adducteurs. Après avoir traversé la couche musculaire, on ouvre une poche, appliquée sur la face antérieure du fémur et de l'articulation de la hanche, contenant environ 50 grammes de liquide clair, quelques grumeaux puriformes et quelques fongosités ne ressemblant pas à des fongosités tuberculeuses.

La cavité est anfractueuse, remonte un peu sur la face antérieure de l'articulation et se prolonge sur la face externe du fémur, mais on ne sent nulle part l'os dénudé, ni l'articulation ouverte. Drainage.

2 janvier 1902. — L'enfant ne souffre plus depuis que sa collection a été ouverte. L'attitude vicieuse persiste sans changement. L'examen direct du pus et les cultures n'ont donné aucun résultat.

OBSERVATION IV (1)

V... J., seize ans, tuilier, entré le 6 juin 1898 à Saint-Philippe.

Pas d'antécédents héréditaires, ni personnels, sauf un furoncle que le malade avait présenté avant la maladie actuelle.

Début de l'affection il y a trois mois et demi, par une douleur ressentie au niveau de la partie inférieure de la cuisse gauche.

(1) In *Gazette des Hôpitaux*, 1898, Delore et Péhu.

au-dessus de l'articulation. Quelques douleurs articulaires vagues dans les chevilles, d'une durée assez courte.

Il dut interrompre son travail et s'aliter. Entrée à l'hôpital de Roanne où l'on appliqua de la pommade mercurielle. Les douleurs continuèrent. Peu après, elles reprirent, et le malade est envoyé à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

A l'entrée, mauvais état général. Teint pâle. Tuméfaction au niveau de la partie inférieure de la cuisse. On observe à ce niveau de la fluctuation. Peau rouge et tendue.

L'articulation est indemne. Les mouvements y sont normaux. Pas d'augmentation de volume des culs-de-sac de la synoviale.

Engorgement ganglionnaire de l'aîne gauche. Une recherche minutieuse ne fait pas découvrir d'autres points sur le squelette.

Sur les conseils de M. Poncet, M. Delore fait une intervention donnant issue à un demi-litre de liquide séro-albumineux contenu dans une poche avec diverticules, tapissée de fongosités œdémateuses.

La collection s'étend en haut jusqu'à mi-cuisse, en bas, jusqu'au creux poplité.

Incision à la partie externe de l'os. Périoste épais de 3 à 4 centimètres, œdématié et blanchâtre. Incision du périoste. Immédiatement au-dessous, au niveau de la région juxta-épiphysaire, se trouve une collection ayant les mêmes caractères que la précédente et faisant le tour de l'os. Os rougeâtre, par la trépanation, vascularisé et enflammé sur une étendue correspondant à l'inflammation externe périostique. Il y a au-dessous une limite nette où la moelle redevient normale. Appareil plâtré.

Les suites opératoires sont excellentes. Le 1^{er} juillet, le malade quitte le service amélioré. Les plaies sont en bonne voie de cicatrisation et bourgeonnent activement.

OBSERVATION V

P..., quatorze ans, entrée le 29 octobre à Sainte-Amélie.

Il n'y a pas d'antécédents héréditaires, ni personnels à signaler. L'affection actuelle aurait débuté il y a un mois environ par de la fièvre accompagnée de douleurs assez vagues localisées au niveau du bassin, tantôt à droite, tantôt à gauche, et le long de la cuisse gauche. Au bout d'environ trois semaines, la fièvre ayant des tendances à baisser, l'enfant a eu pendant quelques jours des envies fréquentes d'uriner, puis les urines ont été rouges, nettement sanguinolentes pendant deux ou trois jours. Tandis que la fièvre continuait à baisser, les manifestations douloureuses augmentaient d'intensité principalement dans la région sacrée, et on voyait se développer de l'œdème de la jambe gauche en même temps qu'apparaissait une tuméfaction localisée en la région des adducteurs.

A l'examen, il n'y a pas d'attitudes vicieuses. La hanche paraît libre. Le membre inférieur est le siège d'un œdème assez notable. La tuméfaction que l'on rencontre à la racine de la cuisse, principalement au niveau des adducteurs efface le pli génito-crural et donne une sensation profonde de fluctuation. La région iliaque est très légèrement empâtée, immédiatement au-dessus de l'arcade de Fallope. Le toucher rectal montre sur la paroi gauche du bassin une tuméfaction étalée, non fluctuante, dure, qui masque les contours du bassin, mais qui est assez peu prononcée pour n'être perceptible que par comparaison avec l'autre côté. L'examen extérieur du bassin ne montre rien autre qu'un aplatissement considérable de la fesse et une douleur très vive à la pression sur toute la région sacrée et sur les articulations sacro-iliaques particulièrement à droite. La région de l'échancrure sciatique est libre.

L'enfant qui se levait et qui pouvait marcher jusqu'à ces derniers temps est devenue peu à peu incapable de se mouvoir à cause des douleurs très vives qu'elle éprouve. Son

état général devient mauvais. Elle perd l'appétit et maigrit bien qu'elle soit apyrétique depuis quelques jours.

Le 30 octobre 1902. — Intervention par une incision parallèle aux adducteurs en dilacérant dans la profondeur avec la sonde cannelée, on ouvre une collection renfermant un liquide sérieux mélangé à quelques grumeaux de pus. L'exploration de cette poche conduit sur la surface antérieure du bassin sans permettre d'y sentir une lésion osseuse déterminée. Drainage.

19 mars 1902. — L'écoulement par le drain est à peu près nul maintenant. Il y a une certaine amélioration de l'état général, et l'œdème du membre a diminué. Mais, il y a toujours de l'empâtement de la racine de la cuisse. Les mouvements de la hanche semblent se limiter, et l'empâtement est plus diffus. On sent toujours par le toucher rectal un empâtement assez marqué la paroi pelvienne.

3 janvier 1902. — La malade est apyrétique depuis son opération. La fistule est entièrement tarie, et l'état général est devenu meilleur. L'œdème de la jambe a disparu, mais, du côté de la hanche, les symptômes ont augmenté. Le membre s'est mis en position vicieuse en adduction. Le trochanter est saillant et paraît remonté. Les mouvements de l'articulation sont très limités. On place une extension continue qui corrige assez vite l'attitude vicieuse.

OBSERVATION VI

M..., trente-neuf ans, salle Saint-Mathieu.

Mère morte cardiaque. Père mort saturnin. Dans son enfance a toujours été bien portant. Mais depuis a de la dureté de l'ouïe. A eu à dix-neuf ans une fièvre typhoïde, à vingt-quatre ans une blennorrhagie qui passa à l'état chronique. A trente et un ans, syphilis. A trente-sept ans, poussée aiguë blennorrhagique durant un mois et laissant une limitation des mouvements de flexion du genou droit.

Deux ans après, deuxième poussée de même nature aux deux genoux.

La même année, au cours de son affection articulaire, il apparut au niveau de la partie moyenne du fémur droit une tumeur de la grosseur d'un œuf. Le malade reçut 4 grammes d'iodure de potassium par jour et deux pilules de Dupuytren. La tumeur diminua de moitié sous l'influence du traitement. Mais, celui-ci ne put être poursuivi en raison des troubles gastriques provoqués par l'iodure. En janvier 1902, il survint de l'œdème dû à la fatigue et localisé à la jambe droite. Le malade a de l'inappétence, de la céphalée marquée surtout le soir, mais sans exacerbations nocturnes. De l'amaigrissement survient.

La cuisse à droite est déformée. Il y a 3 cent. 1/2 de différence à la mensuration. La palpation n'est pas douloureuse, mais la pression forte réveille des douleurs à la face interne de la cuisse. Au niveau de la portion inférieure de son tiers moyen, l'on sent une portion renflée, de consistance dure, faisant corps avec l'os, et donnant la sensation d'une exostose.

La peau est mobile au niveau de la tumeur, parcourue de veines bleuâtres assez abondantes. Gonflement au niveau du genou droit. A ce niveau on perçoit le choc rotulien. Les ganglions inguinaux sont petits, durs, roulant sous le doigt à droite seulement.

Température à l'entrée 36°8, 37°4.

Il existe une fluctuation très nette à la partie antéro-interne de la cuisse. La ponction à la seringue de Roux ramène un liquide verdâtre, légèrement louche, analogue au liquide des pleurésies séro-fibrineuses.

Le lendemain, opération. Incision sur la face antérieure de la cuisse. Au-dessous du plan musculaire, on trouve une poche à parois blanchâtres que l'on ponctionne au bistouri. Il en sort environ 150 grammes de liquide. La poche incisée laisse apercevoir le périoste qui a son aspect normal. On le décolle et on trépane l'os qui paraît sain. Drainage.

L'examen direct du pus et les cultures n'ont donné aucun résultat.

CONCLUSIONS

La périostite albumineuse est causée par des agents pathogènes multiples. Le bacille de Koch, le staphylocoque en sont les agents les plus communs. Il est cependant des cas qui semblent relever d'une infection de nature particulière.

En clinique, elle se présente sous des formes très variables. Dans les observations que nous rapportons, on la voit affecter tantôt l'aspect du mal de Pott vulgaire, tantôt celui de l'ostéomyélite du bassin, tantôt enfin celui d'une ostéoarthrite de la hanche ayant abouti à la luxation spontanée.

Cependant, on trouve quelques caractères communs, notamment l'intensité de la douleur et son défaut de localisation, l'évolution lente de la maladie.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
POLLOSSON (M.)

Vu :

POUR LE DOYEN,

L'Assesseur :

LACASSAGNE

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE,
Président du Conseil de l'Université,
G. COMPAYRÉ

BIBLIOGRAPHIE

PONCET. — *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1874.

TAKVORIAN. — Thèse de Paris, 1878.

TERRIER. — *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1878.

GOSSELIN. — Cliniques de la Charité, III, p. 281.

LANNELONGUE. — Étude sur l'ostéomyélite prolongée, 1879.

NICAISE. — *Revue de médecine et de chirurgie*, 1879.

DUPLAY. — *Archives générales de médecine*, 1880.

LANNELONGUE. — Abscess froids et tuberculose osseuse, 1881.

PONCET. — *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1888.

SCHLANG. — *Arch. f. Klin. Chir.*, 1887.

CORNIL et BABÈS. — Les bactéries.

PONCET. — In Duplay et Reclus, t. II, p. 817.

POULET et BOUSQUET. — T. I,

DOR. — *Lyon médical*, 1892.

NICAISE. — *Revue de chirurgie*, 1892.

GANDOLPHE. — Maladies infectieuses et parasitaires des os, 1894.

MAUCLAIRE. — Ostéomyélites de la croissance, 1894.

HUGOUNENQ. — *Lyon médical*, 1894.

BAR. — Thèse de Lyon, 1896.

DELORE et PÉHU. — *Lyon médical*, 1898.

LYON

IMPRIMERIE A. STORCK ET C^{ie}

Rue de la Méditerranée, 8
